Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

| Przedpłata wynosi: | | w Austryi | w Król. Polskiém i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|---|
| | Rocznie | 8 złr. 80 c. | 6 rsr. | 16 mk. | 24 fr. |
| | Półrocznie | 4 „ 40 „ | 3 „ | 8 „ | 12 „ |
| | Kwartalnie | 2 „ 20 „ | 1½ „ | 4 „ | 6 „ |

Kraków, 3 grudnia 1881. № 49. Rok XX.



## I. Z kliniki chorób wenerycznych i skórnych prof. Dra Rosnera.

### Przypadek wrzodów gruźliczych w gardle.

Podał Dr. Stanisław Skobel,
Asystent téjże kliniki.

Rzadkie pojawianie się wrzodów gruźliczych z jednéj strony i ważność przedmiotu z drugiéj ośmielają mnie do opisania przypadku wrzodów gruźliczych w gardle, u chorego leczonego w klinice chorób wenerycznych i skórnych prof. Dra Rosnera, oraz dołączyć kilka uwag co do sposobu rozpoznawania takich wrzodów.

W dniu 28 października 1881 r. przyjęto do kliniki niemowę, Franciszka Balladę, mającego lat 40, nieumiejącego ani czytać, ani pisać, z którym prawie zupełnie nie można się było porozumieć; badanie zaś wykazało: porost włosów mierny, włosy suche, bez połysku, dosyć dobrze przytwierdzone. Skóra na tułowiu, jak również na wewnętrznéj powierzchni odnóg górnych pokryta cienką warstwą połyskujących łusek, które łatwo odpadają, podobnie jak to widzimy w zaniku schyłkowym. Skóra na odnogach dolnych barwy sinawéj i około kostek obrzękła. Na boku klatki piersiowéj, w okolicy 10tego żebra, po stronie lewéj znajduje się gromadka zaledwie widocznych bardzo powierzchownych blizn, prawdopodobnie jako ślad po przebytym półpaścu. Całe podniebienie miękkie, języczek, łuki podniebienno-językowe, tudzież obydwa migdałki okazują powierzchowne owrzodzenia wielkości soczewicy, tak gęsto obok siebie ułożone, że w wielu miejscach łącząc się razem tworzą jednolitą całość, pokrytą warstwą szaro-żółtéj słoninowatéj wypociny, przylegającéj dosyć mocno do dna owrzodzenia. Owrzodzenia drobniejsze, odosobnione, okazują dno tu i owdzie nierówne, pokryte niezbyt licznemi brodawkami i powleczone wypociną szarawą; brzegi ich nierówne, jakby powyżerane, a w obwodzie tychże spostrzegamy liczne, drobne, żółte guziczki, wielkości ziarnka prosa, przybłonkiem pokryte; dno i podstawa tych owrzodzeń nie okazują nigdzie znaczniejszego nacieku. Owrzodzenia sięgają nieco głębiéj przy nasadzie języczka, który w skutek tego wydaje się, jakby był na cienkiéj szypułce przytwierdzony. Języczek sam jest przy nasadzie cieńszy, w samym środku grubszy, ku zakończeniu znowu cieńczeje i w skutek tego niejednostajnego kształtu, możnaby go słusznie, według wyrażenia Isamberta, ze stalaktytem porównać. Zmianom powyższym towarzyszy ból znaczny, a skutkiem tego utrudnione połykanie nawet pokarmów płynnych. Gruczoły na przodowym brzegu mięśnia mostko obojczyko-sutkowego po obydwu stronach nieco powiększone, od wielkości grochu do wielkości migdałka dochodzące. Badanie laryngoskopijne wykazało: że nagłośnia jest w czwórnasób zgrubiałą, nie jest szerszą, lecz niższą, aniżeli w stanie prawidłowym, skutkiem zaś owrzodzenia jéj brzegu wolnego, które w kilku miejscach głębiéj w jéj miąższ wnika, powstał przez to niejednostajny kształt nagłośni, z kilku wzniesieniami i wrębami; wreszcie owrzodzenie brzegu okazuje dno guziczkami pokryte, podobnie jak to widzimy na podniebieniu miękkiém. Po lewéj stronie nagłośni spostrzegamy kilka żółtych, drobnych, odosobnionych punkcików, wielkości maku. Nasada nagłośni nie jest owrzodzona, ani opuchła, blada, podobnież i chrząstki nalewkowe. W całéj krtani bardzo wiele śluzu. Klatka piersiowa, pod obojczykiem po stronie prawéj, więcéj płaska, dołek nadobojczykowy po téjże stronie głębszy. Wypuk nad obojczykiem po stronie prawéj mniéj jawny i wyższy, na samym obojczyku prawym wypuk mniéj jawny. Auskultacyja wykazuje po obydwu stronach nad obojczykami wdech pokryty rzężeniami drobnobańkowemi, nielicznemi i niedźwięcznemi; wydech ostry i przedłużony. Od tyłu na klatce piersiowéj po stronie lewéj znajdujemy stłumienie sięgające do 3go kręgu piersiowego, także z tyłu po drugiéj stronie stłumienie w samym szczycie płuca, sięgające do 2go kręgu. Auskultacyja w témże miejscu wykazuje wdech bardzo szorstki, zbliżony do oskrzelowego, a wydech ostry i przedłużony. Tak przy wdechu, jak i wydechu rzężenia drobne, niedźwięczne, zresztą w dolnych częściach płuc objawy nieżytu. Serce od 5go żebra w małym rozmiarze.

Wątroba od 6go w linii sutkowéj, a od dolnego 7go do łuku żebrowego w linii pachowéj; wątroba i śledziona nie powiększone; puchlina brzuszna mierna.

Rozbiór moczu wykazał: oddziaływanie kwaśne; ciężar gatunkowy 1018; białka dosyć znaczna ilość, więcéj niż ciałkom ropy i krwi odpowiada. W osadzie moczu znaleziono liczne ciałka ropy, ciałka krwi pojedyńczo, wałeczki Belliniego dość często, również przybłonek brukowy dosyć często, zwiększoną ilość śluzu.

Cieplota wieczorna wynosiła 38·7°, tętno 116.

Rozpoznano tedy u chorego, nacieki gruźlicze w obu szczytach płuc, oraz przewlekłe zapalenie nerek. Nad znaczeniem owrzodzeń w gardle zastanawiano się nieco dłużéj a to z tego powodu, że wrzody pomienione nie okazywały cech takich wrzodów, z jakiemi się najczęściéj w tém miejscu spotykamy. Już sama płytkość tych wrzodzików pozwalała wykluczyć kiłę późniejszą, jako przyczynę tego owrzodzenia; obecność zaś drobnych ziarnek, wielkości główki od szpilki w obwodzie tegoż, jak niemniéj brak wału naciekowęgo usuwały podejrzenie kiły wczesnéj.

Wejrzenie wrzodu, w naszym przypadku, nie dozwalałoby uważać go za następstwo zakażenia kiłowego nawet wtedy, gdyby takowe w innych przyrządach okazywało zmiany niewątpliwéj kiły, lub ślady po przebytéj kile; brak zupełny takich zmian u naszego chorego usuwa podejrzenia w tym kierunku.

Brak wszelkiéj stwardniałości tak brzegów jak i podstawy owrzodzenia, umiarowa siedziba tegoż po obydwu stronach podniebienia, wreszcie brak obrzęku gruczołów podszczękowych, pozwalają w naszym przypadku wykluczyć wrzód rakowy. Wypada nam jeszcze zastanowić się nad wrzodami liszaja żrącego i wrzodami gruźliczemi. W obydwu tych cierpieniach wrzodziki powstają z gniazd komórkowych i w obu przypadkach wykazać można w obwodzie ziarnka nierozpadłe; jedno i drugie znajdujemy u naszego chorego. (O owrzodzeniach dyfterycznych, grzybkowych, mieszkowych lub gnilcowych tutaj nie mogło być mowy). Jeżeli uwzględnimy z jednéj strony jak nadzwyczaj rzadko liszaj żrący pierwotnie w gardle powstaje, jeżeli zważymy, że cierpienie to z upodobaniem wiek młodzieńczy nawiedza, kiedy nasz chory miał lat 40, a nadto nie będzie dla nas zupełny brak obrzmienia brzegów i podstawy wrzodu obojętnym, obok niewielkiéj liczby brodawek wystających, z drugiéj zaś strony zwrócimy uwagę na guziczki w obwodzie cierpienia na podniebieniu rozrzucone, i wielki ból przy połykaniu, to wyłączenie liszaja żrącego w naszym przypadku będzie usprawiedliwione. Pozostaje tedy owrzodzenie gruźlicze, za którém przemawia płytkość względna wrzodów, brzeg nierówny i powyżerany, brak nacieku podstawy, obecność drobnych guziczków w obwodzie wrzodów, przy bladéj błonie śluzowéj i niezwykle mocnym bólu, mianowicie przy połykaniu. Z powyżéj namienionych właściwości rozpoznano w tym przypadku znaczenie gruźlicze wrzodu, przed wykazaniem nacieków w płucach i zmian w krtani. Dermatolog bowiem zwykł rozpoznawać cierpienie bez wywiadów, znaczenie zaś zmian chorobowych dla wzroku przystępnych ocenia z wejrzenia po ścisłém uwzględnieniu wszystkich choćby najdrobniejszych szczegółów; a to dla tego, że po nich wnosi o przebiegu tych chorób, które te zmiany wywołały. Nie mam zamiaru twierdzić, ażeby lekarz w każdym przypadku mógł rozpoznać znaczenie wrzodu jedynie tylko z wejrzenia, a to z tego powodu, że wrzody bądźto w skutek poprzedniego leczenia bądź powiklania z innemi chorobami nie zawsze zachowują te cechy, które ich pochodzenie zdradzają. Nie twierdzę również, żeby lekarz miał poprzestać na rozpoznaniu wrzodu z samego wejrzenia i owszem każdy dermatolog winien uwzględnić w każdym przypadku zmiany w innych tkankach i przyrządach, a to nie tylko dla stwierdzenia rozpoznania lecz przedewszystkiém dla rokowania i leczenia, które przecież zawsze zawisły od zmian znajdujących się we wszystkich przyrządach ustroju; wszelako mogę stanowczo powiedzieć, że w bardzo wielu przypadkach, jak np. w naszym, znaczenie wrzodu można rozpoznać z wejrzenia, a to znów dla tego, ponieważ jak wyżéj nadmieniłem, wrzody bywają nader często wiernem odbiciem przebiegu właściwego tych chorób, którym swój początek zawdzięczają. Czy jednak gruźlica u naszego chorego pierwotnie w gardle powstała, czy w płucach, lub górnéj części krtani, tych zagadnień nie można stanowczo rozwiązać.

(Ciąg dalszy nastąpi).

## II. O duszności.

(Wykład miany w Towarzystwie lekarskiém na posiedzeniu z dnia 18/6 1881).

Przez Dra **Przemysława Pieniążka**,
Docenta Uniwers. Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48.)

Przy zwężeniach dróg oddechowych zachodzić mogą pewne odmiany w obrazie i przebiegu wyżéj skreślonym, jeżeli zwężenie nie jest stałém, jak to najczęściéj bywa, ale jedynie albo przeważnie podczas samego tylko wdechu lub wydechu występuje. Polipy umieszczone powyżéj głośni mogą przy wydechu, będąc prądem powietrza w górę i na bok usunięte, nie sprawiać żadnéj zawady, gdy tymczasem przy wdechu wpadają na głośnię, zwężają ją i tém samém znacznie wdech utrudniają. Odwrotnie zdarzyć się może przy polipach poniżéj głośni usadowionych; te przy wdechu opadając na dół mogą dostateczną przestrzeń dla powietrza wdechanego zostawiać, gdy przy wydechu parte na głośnię zwężają jéj szparę i utrudniają wyjście powietrza w znacznym stopniu. Rzadziéj spotykamy coś podobnego przy innych zmianach chorobowych, w pewnym jednak stopniu może to w puchlinie wejścia krtani wystąpić. Wreszcie uwzględnić należy, że więzadła głosowe są zwłaszcza u dzieci tak ułożone, że ich wolne brzegi wyżéj się znajdują niż zewnętrzne części, ztąd też, jeżeli one są do siebie zbliżone, uważać można, że przy wdechu, gdy ich brzegi na dół spychane prądem powietrza bywają, szpara między nimi staje się węższą, przeciwnie przy wydechu będąc ku górze odepchnięte rozchodzą się nieco i szpara między niemi się rozszerza. Łatwo pojąć, że w warunkach powyżéj opisanych spotkamy w miarę tego, czy przy wdechu, lub przy wydechu zawada występuje, jeden tylko z tych dwóch aktów utrudniony, a drugi bądź zupełnie lekki, bądź też znacznie lżejszy od poprzedniego. Aby się jednak od pomyłek uchronić pamiętać należy, że już w stałém i równém dla obu aktów oddechowych zwężeniu zdaje się ono przy wdechu przeważać. Przewaga ta jednak jest pozorna. Powiedzieliśmy, że przy wdechu już w normalnym stanie pracują mięśnie wdechowe, przy zwężeniu zatém praca ich rośnie i objawia się wyraźnie głębszemi i dłużéj trwającemi wdechami, którym wyraźny syk przechodzącego przez wązką szparę powietrza towarzy-

szy. Wydech natomiast odbywa się biernie tak w stanie prawidłowym jak i w zwężeniu. Trwa on wprawdzie dłużéj w zwężeniu i to znacznie dłużéj, niż wdech, gdyż odbywa on się tą samą siłą, którą w stanie normalnym się odbywał, gdy wdech dokonywa się większą niż normalną siłą mięśni wdechowych. Ztąd też i syk mu towarzyszący nie jest tak wyraźny jak przy wdechu, a jedyną oznaką utrudnienia tegoż aktu jest jego długie trwanie. Nawet w bardzo znacznych zwężeniach, jeżeli one tak przy wdechu, jak przy wydechu istnieją, wydech nie będzie się odbywać czynnie, a nawet i w zupełném zatkaniu krtani lub tchawicy pozostanie on biernym, gdyż powietrze, które wdech zdołał wprowadzić do płuc, elastyczność pęcherzyków płucnych choćby powoli wypchnąć potrafi, a gdy się nic do płuc nie dostało, wtedy tém mniéj praca mięśni wydechowych jest potrzebną. Na tę okoliczność uważać potrzeba, ażeby w każdém zwężeniu nie uznać mylnie wdechu za utrudniony. Tam gdzie to ma miejsce rzeczywiście, spotkamy obok znaków powyżéj podanych utrudnionego wdechu wydech zupełnie lekki, t. j. nie przedłużony. Odwrotnie zaś tam, gdzie tylko wydech napotyka zwężenie; tu wdech jest zupełnie lekki, wydech zaś wydłużony choć bierny, a w bardzo znacznem zwężeniu, jeżeli obok tego wdech jest zupełnie lekki, a więc dostateczna ilość powietrza do płuc się dostaje, może on nawet być czynnym, t. j. odbywać się siłą mięśni wydechowych, które znów tém silniéj działają, im zwężenie jest większe.

Ważną jest rzeczą rozebrać wpływ, jaki wyż wymienione zaburzenia w sprawie oddechania wywierają na cały organizm, a szczególniéj na krew organizmu i jéj rozpołożenie. Często napotykamy twierdzenia, że niedokładna dekarbonizacyja krwi sprawia sinicę. Z twierdzeniem tém jednak zgodzić się nie możemy, sinica w bardzo małéj chyba cząstce na obecności kwasu węglowego we krwi polega, zależy ona raczéj od przepełnienia układu żylnego w obec tętnic, tak że możemy ją za miarę rozdęcia drobnych żyłek uważać. Zapewne, gdyby w tych żyłkach nie znajdowała się ciemna krew żylna ale jasno czerwona tętnicza, sinica nie wystąpiłaby tak wyraźnie, ale natomiast choćbyśmy z krwi wypędzili wszystek kwasoród, a nagromadzili w niéj najwięcéj kwasu węglowego, sinicy jeszcze by to nie wywołało, dopóki drobne żyłki nie zostałyby krwią przepełnione. Napotykamy także twierdzenia, że sinica przy każdém zwężeniu dróg oddechowych, lub też w ogóle w duszności powstaje; i z tém twierdzeniem zgodzić się nie możemy. Sinica zdaniem naszém tam tylko powstać może, gdzie odpływ krwi żylnéj z wielkiego krążenia do prawego serca jest utrudnionym, a to ma znowu miejsce tam, gdzie odpływ krwi téj z prawego serca do płuc napotyka przeszkody. W zwężeniach dróg oddechowych odpływ krwi rozmaicie zachowuje się w chwili wdechu i wydechu. Przy wdechu prawidłowym jest on ułatwiony, albowiem zagięte naczynia włosowate płuc przy rozdęciu tych ostatnich mniéj są pokręcone, a przy tém zmniejszone parcie w jamach opłucnych sprzyja rozszerzeniu się naczyń, ztąd ułatwia dopływ krwi do nich. Przy utrudnionym wdechu parcie w jamach opłucnych staje się jeszcze mniejsze, nadto i w samych płucach dąży ono powoli do zrównania się z parciem powietrza zewnętrznego, ztąd też z początku a nawet aż do ukończenia wdechu jest obniżoném, naczynia płucne zatém tém więcéj rozszerzyć się muszą, dopływ więc krwi do nich znacznie ułatwionym być musi. Że w tych warunkach nie powstanie sinica, dziwić się nie możemy, i owszem skutkiem łatwego odpływu krwi z ciała spotkamy tu raczéj bladość pochodzącą z niedokrewności skóry. Inaczéj rzecz się ma podczas wydechu. Już w stanie normalnym wydech utrudnia odpływ krwi żylnéj z ciała do prawego serca, gdyż więcéj pogięte i pod większém parciem znajdujące się naczynia włosowate płuc utrudniają odpływ krwi z prawéj komórki do płuc. Jeżeli przy zwężeniu wydech trwa dłużéj powietrze wolniéj z płuc uchodzi, to utrudnienie krwi odpływu tém większém być musi. Dodajmy do tego jeszcze wydech czynny, przy którym nietylko w jamach opłucnych, ale nawet i w płucach parcie podniesioném być może, a zrozumiemy, że to utrudnienie odpływu krwi żylnéj z ciała tém więcéj miejsce mieć będzie. Tu więc spotkać możemy rzeczywiście sinicę, polegającą na przepełnieniu krwią żył drobnych skóry. Tak więc widzimy, że odpływ krwi żylnéj z ciała do prawego serca na przemian raz jest lżejszy raz cięższy, zależny od chwili wdechu lub wydechu. Mimo to jednak zabarwienie skóry pozostaje zwykle stale tożsamo w obu aktach oddechowych, gdyż przemiany te zbyt szybko po sobie następują, aby ich działanie nie zostało zniesione wprzód, niż tak wybitne i odległe skutki za sobą pociągnie. Możemy jednak widzieć na większych żyłach, jeżeli leżą powierzchownie, że one przy wdechu opadają, a przy wydechu napełniają się więcéj. Toż samo, tylko w wyższym stopniu, ma miejsce przy wydłużonym wdechu i wydechu pod wpływem zwężeń dróg oddechowych. Przy pewnym stopniu tego wydłużenia i znacznem zwężeniu spostrzega się nawet rzeczywiście, że twarz blednie podczas wdechu, a sinieje podczas wydechu. Zwykle jednak zabarwienie skóry jest niezmienném w obu tych aktach, a tylko w napełnieniu żył większych znać pewne różnice, jeżeli takowe są dość powierzchowne. Czy w takim razie twarz będzie bladą lub siną, zależy od tego, czy skutki wdechu lub wydechu przeważą. Tam gdzie tylko wydech jest utrudnionym, wystąpi zawsze sinica, która tém większą będzie, jeżeli wydech odbywa się czynnie, choćby tu zwężenie i w obu aktach oddechowych miało miejsce, jak to np. w chwili krzyku lub płaczu i zaparciu przy nim wydechu w zwężeniach miejsce miewa. Przy utrudnieniu natomiast samego wdechu tylko bladość wystąpić może, nigdy zaś sinica. Przy utrudnieniu obu aktów oddechowych zazwyczaj bladość przeważa, obok niéj jednak często spotykamy sinicę na wargach i palcach, która już nie skutkiem utrudnionego odpływu powstaje, gdyż właśnie ta bladość łatwości jego dowodzi, ale pochodzi ona ztąd, że w anemii drobne tętniczki się kurczą i swoją krew wpychają do drobnych żyłek, które bledemu otoczeniu tém łatwiéj sinego zabarwienia udzielają. Tak więc sinica taka nie jest objawem utrudnionego odpływu krwi żylnéj, ale raczéj objawem niedokrewności, dla tego też występuje ona zwykle tam tylko, gdzie *vis a tergo* jest najsłabszą, jak np. na najodleglejszych od serca końcach palców rąk i nóg. Z tego, co powyżéj podano, widzimy, że przy jednostajném utrudnieniu wdechu i wydechu istnieją warunki tak do ułatwionego jak i utrudnionego odpływu krwi żylnéj z ciała, że więc objawy tak jednego jak i drugiego, albo też i żadnego z nich wystąpić mogą, zależnie od tego czy przeważają skutki utrudnionego wdechu lub wydechu na krążenie, lub też się znoszą wzajemnie. To też czasem i żadnéj zmiany w zabarwieniu ciała nie spotykamy, najczęściéj jednak przeważają skutki utrudnienia wdechu i chory okazuje się bladym, skutkiem ułatwionego krwi odpływu, albo też obok bladości spotkamy ową lekką sinicę, którąśmy powyżéj jako objaw niedokrewności a nie

zastoju poznali. Szczególniéj lubi ona występować tam, gdzie siła serca już słabnie, gdyż wtenczas krew z drobnych tętniczek do żyłek wypchana pozostaje w nich dłużéj, nie będąc pchaną nową ilością krwi naprzód, ztąd też zdarza się nieraz, że dzieci chore na zwężenie krtani w przebiegu krupu z początku tylko bladość twarzy okazywały, późniéj zaś w miarę słabnięcia ich serca, a więc zmniejszania się owéj *vis a tergo*, okazują, obok bladości sinienie ust i palców. Nie raz jednak widzieć można, jak zupełnie blade dzieci ze zwężeniem krtani przy kaszlu lub zaparciu wydechu podczas płaczu itp. bardzo silnie sinieją, która to sinica po kilku głębszych wdechach znowu ustępuje. Wobec czynnego występowania wdechu a biernego wydechu w jednostajnych dla obu aktów zwężeniach, dziwić nas nie powinno, że pierwszy więcéj odpływ krwi ułatwia, niż drugi utrudnia, że więc zwykle bladość a nie siność na twarzy odpowiednich chorych spotykamy. Lecz i w tych przypadkach zdarzać się mogą wyjątki. I tak spotykamy czasem, czy to skutkiem częstego kaszlu, lub jakiéj innéj przyczyny utrudniającéj wydech, na twarzy chorych z zwężeniem krtani pewien stopień sinicy, zwykle jednak nie wysoki. Tak np. spotykamy na twarzy dzieci na krup chorych dość żywe rumieńce, u starszych zaś osób z zwężeniem dróg oddechowych drobne rozdęte żyłki czerwonawe na twarzy. Oczywiście nie mówimy tu o przypadkach, w których sam wydech jest utrudnionym, gdyż w takich sinica nawet znaczna wystąpić musi, jak już wyżéj podano, ale mówimy tu o przypadkach jednostajnego dla obu aktów zwężenia, w którym, jak już wyżéj powiedziano, zwykle bladość występuje, tak że tego wyjątkowo występującego zaczerwienienia lub nastrzykania, które za objaw utrudnionego krwi odpływu uważać musimy, nie wyprowadzamy wprost z zwężenia, lecz z dołączenia się do niego innych momentów utrudniających odpływ krwi z ciała, jakim jest przedewszystkiém kaszel, który tu nie rzadko zwykł występować. Jak z jednéj strony często bladość pierwotna kombinuje się w dalszym przebiegu w miarę słabnięcia siły serca z sinicą, tak znowu tu odwrotnie często owe rumieńce lub nastrzykania żyłek nikną w dalszym przebiegu, częścią może skutkiem wytwarzającéj się anemii, najwięcéj jednak niezawodnie pod wpływem wyczerpania sił i znieczulenia przy zatruciu kwasem węglowym i ustępują miejsca znowu bladości, obok któréj znowu sinośé warg i palców także lubo niekoniecznie wystąpić może. Ztąd też jeżeli spotkamy twierdzenia sprzeczne, z jednéj strony, że dzieci w krupie pierwotnie są blade, a dopiero pod wpływem zatrucia kwasem węglowym stają się sine, z drugiéj zaś strony, że pierwotnie występuje u nich sinica, która pod wpływem zatrucia kwasem węglowym ustępuje, to przyznać musimy, że oba mogą być słusznemi w miarę warunków zwężeniu towarzyszących; jako punkt wyjścia jednak przypuścić musimy, że zwężenie jednostajnie przy wdechu i wydechu trwające odpływ krwi z ciała ułatwia, sprawia więc bladość, a dopiero pod wpływem innych okoliczności utrudnienie tegoż odpływu wystąpić, i skutki swoje zaznaczyć może sinicą. Znaczniejsza zatém sinica zawsze ma swe źródło w utrudnionym wydechu, czy to w razie zwężenia, które przy wydechu występuje, a przy wdechu niknie, lub też skutkiem kaszlu lub jakiego innego rodzaju napierania i zapierania wydechu przy jednostajném zwężeniu.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

## III. Oceny i sprawozdania.

Dr. F. W. T. Pancritius: **Über Lungensyphilis.** Berlin 1881. August.

Ze stanowiska ogólno-patologicznego już od szesnastego stulecia były znane zmiany zapalne płuc, przebiegające przewlekle, na tle kiłowém rozwinięte. Virchow (*Die krankhaften Geschwülste; Über die Natur der syphilitischen Affectionen* 1859), skreślił obraz anatomiczny „zapalenia płuc kiłowego," który dotąd uważać należy za punkt wyjścia badań odnośnych. Inne prace późniejsze dotyczące kiły płuc są podane z uwagami krytycznemi w rozprawie prof. Rosnera (w Przegl. Lek.), dla tego ich szczegółowo przytaczać nie będę.

Kliniczny obraz jednak i ściślejsza symptomatologija, dozwalająca rozpoznać zmiany kiłowe płuc jako takie, jest owocem badań lat ostatnich, chociaż daleką jest dotąd od umiejętnéj i kategoryczn éj ścisłości. Wspomnę tu o kilku rozprawkach rozrzuconych po czasopismach lekarskich, a mających na celu nacechowanie przypadów klinicznych i wskazówek dyjagnostycznych kiły płucnéj; mianowicie: Rollet (*Wiener med. Presse* 1875, Nr. 47), Grandidiera (*Berl. klin. Wochenschrift* 1875, 15), Saccharina (*Berl. klin. Wochenschr.* 1873, 3), Parinoffa (*Virchows Archiv* Bd. 75, H. 3 i o ostatniéj Schnitzlera (*Die Lungensyphilis und ihr Verhältniss zur Lungenschwindsucht* 1880, Wien).

Prace te są bezsprzecznie cennym materyjałem do dyjagnostyki kiły płucnéj, lecz zadania swego zadawalająco nie rozwiązują, rozporządzając zresztą za skąpym materyjałem.

Autor podaje w swéj monografii znaczną ilość historyj chorób wyczerpująco i dokładnie skreślonych, razem 110. — Większość przypadków spostrzegał sam w praktyce prywatnéj, pewna część została mu udzieloną przez innych lekarzy.

Podawszy wyczerpująco literaturę przedmiotu omawia etyjologiję kiły płucnéj, przyczém wyraża swe przekonanie, iż „bardzo znaczna ilość przypadków suchót płucnych, zaliczanych dotąd do zwykłych przewlekłych zapaleń miąższu płucnego jest w istocie rzeczy przyrody kiłowéj i że przez rychłe rozpoznanie zmian w płucach jako kiłowych śmiertelność ze „suchót płucnych" może być znacznie zmniejszoną. Autor nadto, nie uznając dualizmu chorób wenerycznych, twierdzi, iż wrzody miękkie, wedle niego często przyrody kiłowéj, są punktem wyjścia kiły płucnéj, mogącéj doprowadzić do rozpadu miąższu płucnego, suchót płucnych.

Zmiany anatomiczne „zapalenia kiłowego" płuc podane przez autora dają się streścić w następujących punktach:

1) Są one pierwotnie sprawą śródmiąższową, przewlekle przebiegającą, dotyczącą tkanki łącznéj otaczającéj drzewo oskrzelowe i zraziki płucne.

2) Iż następowo mogą wywołać zapalenie miąższowe płuc z cechą zapalenia nieżytowego lub złuszczającego.

3) Sprawa ta zapalna rozpoczyna się stale od wnęki płuc (*hilus pulm.*) składając swe złogi wzdłuż większych oskrzeli i wnikając stopniowo, drogą rozgałęzień oskrzeli, do więcéj obwodowych części miąższu płucnego.

4) Sprawa ta stoi w pewnym ściślejszym związku z rozgałęzieniami tętnic oskrzelowych.

5) Iż częściéj bywa zajęte płuco prawe niż lewe.

6) Iż w późniejszych okresach sprawa przenosi się na szczyty płucne i dolne płaty płuc, doprowadzając do zniszczenia miąższu płucnego, przez co pierwotne cechy zmiany chorobowéj częściowo się zacierają.

Ze stanowiska klinicznego dzieli autor zapalenie kiłowe płuc na 2 okresy: 1) okres zadrażnienia czyli „czynny,“ i 2) okres rozpadu czyli „bierny.“— Okres pierwszy odpowiada bujaniu tkanki łącznéj od wnęki płuc ku obwodowi postępującemu i poczynającéj induracyi miąższu płucnego około oskrzeli. Przypady fizyczne tego okresu są wedle autora następujące: stłumienie odgłosu wypukowego w okolicy międzyłopatkowéj, częściéj po stronie prawéj, osłabienie wdechu pęcherzykowego i osłabienie wydechu; późniéj, gdy sprawa zapalna wystąpiła w grubszéj warstwie, stłumienie staje się wyraźniejsze i postępuje więcéj ku szczytowi płuc i ku dołowi; szmery oddechowe słabną coraz więcéj. Gdy już nastąpiła zupełna induracyja miąższu płucnego, słychać w miejscu stłumienia wdech i wydech oskrzelowy, który zwolna poczyna się pojawiać także w wyższych i niższych częściach płuca. Nadto dają się w tym okresie wybadać szmery uboczne, aczkolwiek nie stale, rzężenia różnego charakteru, świadczące jedynie o towarzyszącym nieżycie oskrzelowym. Sprawa przebiega przewlekle i bez gorączki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

## O ptomainach.

I. Historyja odkrycia
skreślona przez prof. Franciszka Selmi'ego.

Wspomnieliśmy w numerze poprzednim o śmierci znakomitego toksykologa włoskiego, którego imię stało się powszechnie znaném z powodu odkrycia ptomainów, oraz o skreśleniu przezeń historyi tego odkrycia w ostatnim zeszycie *Rivista sperim. di medicina legale*. Rozprawka ta jest jakby testamentem zasłużonego badacza. Nie tylko celem uczczenia pamięci męża, który odkryciem swojém tak wielce przysłużył się toksykologii sądowéj i ludzkości, ale także z uwagi, że przedmiot sam przez się jest ważny a mimo to w czasopismach lekarskich nie tylko naszych, ale nawet niemieckich, dotąd mało znalazł uwzględnienia, wreszcie celem obznajomienia szerszego koła kolegów z obecnym stanem kwestyi i literaturą, postanowiliśmy podać nasamprzód w tłumaczeniu z włoskiego ostatnią pracę Selmiego, a następnie zdać sprawę kolejno z ważniejszych odnośnych prac innych autorów.

„Byłem pierwszym, który doszedł do przekonania, że istoty gnijące mogą dostarczyć pewnych produktów przyrody alkaloidycznéj o działaniu trującém; nikt nie pomyślał był o tém, aby zadać sobie pytanie, czy istnieją podobne produkty w ciele martwém, a jeżeli istnieją, czy mogą wprowadzić w błąd toksykologa w dochodzeniach sądowych. Sądzę, że nikt mnie w tym względzie nie wyprzedził, i że jeżeli mam pewną zasługę, to ona polega na tém, żem zwrócił uwagę toksykologów na bardzo częste przypadki, w których istoty pochodzące z trupa można brać za alkaloidy zadawane żyjącemu.

Było to w r. 1870, gdy trybunał boloński przesłał mi treść płynną żołądka, w którym podejrzywano obecność istoty trującéj. Postępując według sposobu Stasa i Ottona otrzymałem produkt oddziaływający alkalicznie, który w obec odczynników zachowywał się jak alkaloid, którego jednak nie mogłem uznać za identyczny z żadnym ze znanych alkaloidów.

W r. 1871 ten sam trybunał przesłał mi z tego samego powodu kawał żołądka i część treści jego płynnéj i znów znajdowałem się w podobném położeniu, jak w roku poprzednim. Tak materyjał pierwszy, jak ostatni pochodziły od trupów świeżych. Teraz zacząłem domyślać się, że produkty takie znajdują się w istocie zwierzęcéj i dlatego postarałem się o żołądki z osób zmarłych śmiercią naturalną, a którym to osobom w ostatniéj ich chorobie nie podawano leków, zawierających zasady organiczne. I w tych żołądkach znalazłem te same ciała, które poprzednio znalazłem był w przedmiotach, przesłanych mi przez trybunał. Przypuszczając, że one pochodzą z rozkładu, któremu ulegają materyje zwierzęce w zgniliźnie rozpoczynającéj się, badałem mięso gnijące a pozostające w wyskoku w naczyniach nie szczelnie zamkniętych, i w niém także podobne ciała znajdowałem. Badałem następnie wyskok, w którym w zakładzie anatomicznym przechowywano preparaty i do tych samych dochodziłem wyników. Wspomniałem o tém w rozprawie *(Principii alcaloidi naturali nei visceri, Bologna 1872)*, którą czytałem d. 25 stycznia 1872 r. w Akademii Umiejętności w Bolonii i zwróciłem uwagę toksykologów, aby uwzględniając spostrzeżenia moje nie popadali w błąd w orzeczeniach swoich, ile razy się rozchodzi o badanie alkaloidów roślinnych.

Dodać winienem, że celem zapewnienia się, że produkty znalezione nie są tyrozyną, leucyną, glikokolą, kreatyną lub kreatyniną, czyniłem doświadczenia porównawcze z temi istotami; a wynik doświadczeń dowodził, że żadna z tych istot nie oddziaływa w podobny sposób jak owe istoty trupie.

W r. 1874 otrzymałem od tego samego trybunału polecenie badania rozpadu *(detritus)* trupiego, zebranego ze szkieletu osoby zmarłéj na 11 miesięcy przedtém. Za pomocą doświadczeń, czynionych w owym czasie ale jeszcze nieogłoszonych, doszedłem już był do przekonania, że śród zgnilizny powstają rozmaite alkaloidy, odmienne w miarę okresu zgnilizny, jedne nieszkodliwe, drugie zaś trujące, i dlatego wzbraniałem się spełnić polecenie, dopóki mi trybunał nie pozwoli wykopać zwłok kilku ludzi, zmarłych w szpitalu, a co do których nie zachodziło żadne podejrzenie o otrucie. Trybunał zgodził się na moją prośbę, tylko ministerstwo łaski i sprawiedliwości odmówiło mi potém zwrotu kosztów na to łożonych, które były niemałemi.

Z trupa wydobytego w 11 miesięcy po pochowaniu otrzymałem alkaloid mocno trujący z oddziaływaniem szczególném. Podobny alkaloid otrzymałem także z materyi przesłanéj mi przez trybunał, podobny tak pod względem oddziaływania chemicznego jak działania fizyjologicznego, tak że mogłem orzec: że jakkolwiek w niéj znajduje się alkaloid trujący, przecież nie mogę twierdzić, jakoby tenże był zasadą organiczną trującą, i że przeciwnie jest alkaloidem pochodzącym ze zgnilizny *(Sulle ptomaine od alcaloidi cadaverici, Bologna 1878)*. Czyniąc następnie w tymże samym roku doświadczenia na rozmaitych trzewach innego trupa wykopanego (po wykryciu w nim arszeniku) znalazłem w nich także alkaloid trujący, nie dający się identyfikować z żadnym z alkaloidów roślinnych, tak że mogłem orzec, iż otrucie nastąpiło samym tylko arszenikiem.

W r. 1875 rozbierając mózg i wątrobę celem poszukiwania alkaloidów trujących (za pomocą eteru i wyskoku amylowego) napotkałem w jednym i drugim alkaloid nietrujący, który pod wpływem jodu jodowodowego krystalizował się w podobny sposób, jak sole morfinowe. Ciało pod względem oddziaływania całkiem podobne otrzymałem także z główek zielonych czerwonego maku polnego. *(Prime notizie sopra*

*un alcaloide che si riscontra nel cervello, nel fegato e nei capi verdi del rosolaccio o papavero dei campi, Gazz. chim. ital.* 1875, p. 398).

W tym samym roku otrzymawszy polecenie dochodzenia alkoloidów trujących zastanowiłem się znów nad tém, czy nie otrzymam zasad trupich mogących wprowadzić mnie w błąd, że mam do czynienia z zasadami roślinnemi. Badając sądziłem, że odkryłem atropin, a podejrzenie powstało ztąd, że śród parowania wyciągów szerzyła się woń głogu pospolitego, występująca śród rozkładania się atropinu. Zebrawszy produkt i odbywszy próbę odczynnikami chemicznemi znalazłem cechy nie odpowiadające atropinowi; uciekłem się więc do pomocy kolegi mego fizyjologa prof. Velli, który produktem tym czynił doświadczenia na zwierzętach. Jakkolwiek zwierzęta ginęły z otrucia śród zwiększającego się rozszerzenia źrenic, przecież wahałem się przypuścić otrucie atropinem, ponieważ czyniąc ponowne doświadczenia z odczynnikami chemicznemi, a głównie z jodem wodojodowym, śród nich otrzymałem 4 rodzaje kryształów rozmaitych, z których każdy pochodził z innéj zasady, tak że produkt składał się z kilku istot. Równocześnie w trzewach zgniłych, pochodzących z trupów wydobytych przed 1 i 3 miesiącami, znalazłem także podobne zasady gnilne razem zmięszane, z których jedna, która nie rozpuszczała się w eterze a rozpuszczała w wyskoku amylowym, w jodzie wodojodowym krystalizowała się w pięknych i długich brunatnych taflach. Prof. Vella wstrzykiwał kryształy te w żyłę królika większego, a zwierzę to zginęło po upływie 2 minut śród drgawek tężcowych, porażenia serca i rozszerzenia źrenic.

Inny alkaloid, otrzymany z trzeciego trupa, wykopanego w rok po pochowaniu, wywołał ruchy drgawkowe tężcowe, rozszerzenie źrenic po upływie pewnego czasu i zabił zwierzę w 2½ godziny po uskutecznioném wstrzyknięciu.

O tych rezultatach czytałem rozprawę d. 2 stycznia 1876 w akademii *dei Lincei* (*Studio chemico-tossilogico per la ricerca della atropina.*)

W rozprawie napisanéj razem z proff. Casali i Pesci, a w drugiéj napisanéj razem z ostatnim, obydwóch czytanych d. 15 października 1876 i w roku następnym w towarzystwie lekarskiém w Bolonii, wyłożyłem poszukiwania na trupach wydobywanych w rozmaitych odstępach czasu po pochowaniu, otrzymywanie zasad gnilnych i oddziaływanie chemiczne, oraz wątpliwości, podając zarazem doświadczenia fizyjologiczne, czynione nad temi zasadami przez proff. Vellę i Radaglię. Wynikiem badań było, że jedne zasady są trujące, drugie nie, jedne rozpuszczalne w chloroformie, drugie w eterze; bardziéj trującemi okazały się alkaloidy pochodzące z ciał mniéj gnijących w porównaniu z alkaloidami otrzymanemi z ciał mocniéj gnijących. (*Bulletino delle scienze mediche di Bologna* 1877).

(Ciąg dalszy nastąpi).

## Spirochaete Obermeieri i gorączka powrotna.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

Znikanie grzybków z krwi w czasie apireksyi i w kryzis tłumaczą niektórzy autorowie wysoką temperaturą 42°C., niszczącą te istoty przed końcem napadu. Że przypuszczenie to jest mylném, udowodnił Moczutkowski, który widział w ciepłocie 48°C. wcale niezmienione spirochety; daléj przemawia przeciw owemu przypuszczeniu i to, że w przypadkach, gdzie niewątpliwie stwierdzono gorączkę powrotną, a gdzie wcale wysokiéj ciepłoty nie było, znikały spirochety w kryzys. Moczutkowski przypuszcza, że zagęszczenie krwi przy potach krytycznych, krwi i tak zmienionéj sprawą durową, jest przyczyną obumarcia grzybków. Zdaniu temu stanowczo sprzeciwia się A. wychodząc z założenia: ponieważ zagęszczenie krwi dopiero po pewnym przeciągu czasu może być wybitniejsze to i znikanie spirochet powinno pójść w parze z zagęszczeniem krwi, względnie z potami. Tymczasem wszyscy autorowie zgodnie twierdzą, że spirochety od razu z pojawieniem się potów znikają, daléj, że sam A., na kilka godzin przed kryzis, stwierdził zupełny brak spirochet, gdzie tedy o znaczniejszém zagęszczeniu krwi mowy nie ma. Zdanie A. w tym względzie [1]) da się wyrazić w tych słowach: Znikanie pasorzytów jest skutkiem przemiany materyi samego życia mikroorganizmów, które téż ich śmierć sprowadza. Jak np. fenol, jako produkt końcowy sprawy gnicia, najsilniejszą jest trucizną dla bakteryj, tak można przypuścić, że rozwój spirochet wytwarza wreszcie produkta zabójczo na takowe działające. Istota owa trująca, któréj wcale nie znamy, zamienia spirochety w detritus, wydzielany z ustroju skutkiem ogólnéj przemiany materyi.

Pojawianie się nawrotów choroby tłumaczy się tém, że nie wszystkie zarodki spirochet zostają wydalone, że z pozostałych zarodków po 5 do 8 dniach powstają nowe spirochety, dla których istniejący jeszcze w ustroju z ostatniéj kryzys jad jest zbyt słabym, aby przeszkadzał dalszemu rozwojowi grzybków. Daléj należy przypuścić, że im więcéj spirochet w ustroju tém téż więcéj, w okresie znikania tychże, „jadu“ zostaje produkowanego, który przeszkadza rozwojowi nowéj generacyi pasorzytów. Na dowód przytacza A. przypadek, gdzie u kobiety, na 12 godzin przed kryzys, w każdém polu mikroskopu znacznie więcéj niż 100 naliczył spirochet (zazwyczaj naliczył w tym okresie 16 grzybków) a zatém ilość nierównie większą. W tym przypadku cała choroba na jednym skończyła się napadzie, „oczywiście produkcyja jadu, w okresie znikania, wzgl. rozpadu spirochet była tak nadmierną, że drugi nawrót choroby żadną miarą zjawić się nie mógł.“

Kwestyję rozmnażania się spirochet wyjaśniają znacznie poszukiwania Albrechta. Pomijamy opis metody odznaczającéj się niezwykłą dokładnością, a prostotą, dwie cechy tak rzadko w parze idące w badaniach doświadczalnych. Uprzedzić wszelako musimy, że jak z właściwości samego przedmiotu wynika, o ciągłéj bezustannéj obserwacyi spirochet pod drobnowidem mowy być nie może, chyba żeby badający przez parę tygodni bez przerwy nad mikroskopem siedział. Przez odpowiednie zestawienie jak największéj liczby obserwacyj, z różnych okresów, możebném było otrzymać zupełny szereg rozwoju.

Przy téj sposobności opisuje A. przemiany, jakim ulega krew w ciągu dłuższego czasu, w preparatach w których obserwował spirochety. Obserwacyje te są w wysokim stopniu ciekawe i z rzadką dokładnością opisywane, jako nie będące wszelako w ścisłym związku z przedmiotem pomijam je odsyłając ciekawego czytelnika do oryginału.

Przedewszystkiém usiłuje A. wytłumaczyć znaczenie „drobnych ziarenek“ we krwi się znachodzących. Ziarenka te, napotykane w każdéj krwi, są do dnia dzisiejszego przedmiotem najróżnorodniejszych przypuszczeń, dzielących autorów na liczne obozy. A. po krytyczném zestawieniu obszernéj

[1]) Odpowiadające najnowszym poglądom Wernicha: *Zur Bacterientödtung, Berl. kl. Woch.* 1880, Nr. 4.

odnośnéj literatury i porównaniu wyników obcych z wynikami studyjów własnych, przychodzi do wniosku, że ziarenka te wciąż się poruszające, wielkości ziarenek wśród ciałek białych się znachodzące, mocno światło łamiące, okrągławe, są ciałkami pierwocinowemi *(Elementarkörperchen Arndta)* powstałe z rozpadu komórkowych tworów krwi. Wzmiankowane ziarenka znachodzą się i w zdrowéj krwi; we krwi chorych na gorączkę powrotną spostrzegł A. jeszcze drugi rodzaj ziarenek, mniejszych, również wciąż się poruszających, lecz o stosunku tych ziarenek, ani powyżéj wspomnianych, do rozwoju spirochet nic stanowczego nie orzeka [1]). Z własnych obserwacyj przychodzi A. co do genezy spirochet do wniosków dających się streścić w sposób następujący:

Spirochety znajdują się we krwi i w okresie apireksyi jednak tylko w postaci zarodków *(Keime)* [2]). Zarodki te przechodzą przez szereg zmian, których tworem ostatecznym jest znana postać spirochety. Do rozwoju tego nie potrzeba tych warunków, jakie istnieją we krwi krążącéj, spirochety rozwijają się i we krwi, która chemicznie i fizycznie jest zmienioną, bo pod szkiełkiem nakrywkowém. Że w tym przypadku nieco wolniéj się rozwijają, jest jasną rzeczą, zważywszy różnice temperatury.

Pasorzyty wzmiankowane powstają z drobnych ziarenkowatych tworów, w początkach jednoczących się po dwa, późniéj w liczniejsze gromadki. Istotę kitową stanowi blade pierwoszcze nie zawsze dostrzegalne. Z biegiem czasu wytwarza się wśród ciągłych ruchów nitka kształtu różańcowatego, na któréj w miejscach odpowiadających zgrubieniom powstają zagięcia przechodzące wreszcie w skręty. Wszystkie te przemiany mógł autor stwierdzić na preparatach. Kolejność zmian opisanych nie ulega najmniejszéj wątpliwości.

Nieliczne badania i doświadczenia „potem“ chorych na gorączkę powrotną wydały ujemny wynik [3]). *Deutsches Arch. f. kl. Med.* 29 Bd. 1 u. 2 Heft). *Dr. Pisek.*

### Butry: Zapalenie płuc nagminne złośliwe.

Jeżeli w jakimś dziale, to bezsprzecznie w kwestyjach etyjologicznych, działalność lekarza praktycznego, w piękne dla nauki obfitować może owoce. — Statystyki śmiertelności, obejmującéj wszystkie warstwy społeczne, opracowanéj na zasadach umiejętnych, do dnia dzisiejszego nie mamy, a takowéj tylko lekarze praktyczni dostarczyć mogą. Wszelka wiedza nasza jest, dopóki ten brak istnieje, tylko łataniną, jak się Jürgensen wyraża. Co do niektórych chorób, a mianowicie zapalenia płuc dławcowego, widoczne są w tym kierunku liczne usiłowania skrzętnego zbierania i najdrobniejszych odnośnych szczegółów. Téj też okoliczności zawdzięczamy, że w drugiéj połowic bieżącego stulecia chorobę przerzeczoną wcale inaczéj pojmujemy jak nasi poprzednicy. Pomimo wiekopomnych zasług gienijalnego Laënneca, istotnego twórcy dyjagnostyki téj choroby, dziś przecież zapalenie płuc dławcowe już przestało być dla nas schorzeniem tylko narządu oddechowego.

Najmniejszéj nie ulega wątpliwości, że mamy do czynienia z chorobą ogólną, zakaźną, że zmiany w płucach są tylko wyrazem infekcyi ogólnéj dla przypuszczalnego jadu, który ze szczególném upodobaniem sadowi się w płucach, podobnie jak w durze brzusznym sadowi się w przyrządzie gruczołowym. Zwykłe bodźce zapalne żadną miarą nie są zdolne wywołać téj choroby, występującéj jak i inne choroby zakaźne, nieraz nagminne. Ostatni szczegół jest jednym z najsilniejszych filarów nowszéj nauki o zapaleniu płuc. Dotyczy to wszystkich form zapalenia płuc dławcowego, zwykłych i ciężkich (astenicznych czyli tyfoidalnych), które w zasadzie nie różnią się między sobą.

Złośliwa epidemija zapalenia płuc, z któréj poniżéj sprawę zdajemy, a którą obserwował we wiosce Beberbach Dr. Butry *(Deutsches Archiv f. kl. med.* 29 Bd. 1 u. 2 Heft) przedstawia szereg dwudziestu przypadków należących do drugiéj kategoryi według podziału Leichtensterna, tj. do téj postaci, która się różni pewnemi klinicznemi i anatomicznemi właściwościami, a typowym przebiegiem, większą złośliwością i charakterem t. zw. astenicznym czyli durowym od zwykłego zapalenia dławcowego płuc.

Nie tu miejsce powtórzyć obrazy chorobowe Leichtensterna, jak to Butry czyni, obrazy, które nie zastąpią braków, jakie niestety symptomatologija przez autora skreślona nader szczupła, wykazuje. Niech nam wolno będzie podać choć część statystyczną z odnośnemi szczegółami.

Na 460 mieszkańców, jakich ta wioska liczy, zapadło w ciągu kilku tygodni 20 osób a zatém przeszło 4% [1]).

Z liczby téj zmarło dziewięciu chorych przeważnie starszych, z dzieci zmarło jedno. Najczęściéj zapadali ludzie, którzy kiedyś dawniéj przebywali zapalenie płuc, szczególniéj starcy i dzieci, najrzadziéj mężczyźni w sile wieku. Znaczny wpływ na szerzenie się choroby zdawały się wywierać stosunki rodzinne, gdyż zazwyczaj zapadało, dość często tuż po sobie, kilku członków rodzin spokrewnionych ze sobą, odwiedzających lub pielęgnujących się nawzajem.

Przebieg epidemii był tego rodzaju, że po miernêm nasileniu dosięgła wkrótce największego nasilenia (rozpostarcia i złośliwości). Koniec epidemii cechowały przypadki poronne.

Na jeden objaw chcielibyśmy zwrócić uwagę, a mianowicie na zachowanie się śledziony. Szczegół ten autor niestety zbyt powierzchownie traktuje a przecież godziło się narządowi w przebiegu chorób zakaźnych zazwyczaj zmienionemu nieco więcéj poświęcić uwagi.

Pomimo, że większość autorów utrzymuje, że śledziona nie doznaje powiększenia wśród przebiegu zapalenia płuc, twierdzi Jürgensen stanowczo, że „zazwyczaj w zapaleniu płuc znachodzimy obrzęk śledziony, czasem nawet dość znaczny“ (l. c. 114), ze zimnicą wcale w związku nie będący. Właśnie też częstość niezwykła obrzęków zimniczych śledziony utrudnia w wysokim stopniu rozpoznanie. Czy okolica, w któréj przerzeczona epidemija się rozwijała, do zimniczych należy, tego autor nam nie powiedział; z dodanego szkicu terenowego widać tylko, że bagna w pobliżu nie ma.

Otóż z dwudziestu prypadków, które B. obserwował,

[1]) Nie mniéj uderzającą jest rzeczą, że pracy Riessa (*Ueber Zerfallskörperchen*) ogłoszonéj przed dwoma laty, wcale nie uwzględnia a poszukiwania tego autora odznaczają się wielką dokładnością. *Przyp. Spraw.*

[2]) Przed kilku laty pojawiła się praca, jeżeli się nie mylimy, Zenkera, któréj autor twierdzi stanowczo, że i w apireksyi obserwował dokładnie rozwinięte, liczne spirochety. Fakt ten podajemy bez wszelkiego komentarza. *Przyp. Spraw.*

[3]) Przypuszczenie zaraźliwości krwi trupiéj, które autor wypowiada w swéj pracy, zyskało potwierdzenie w chorobie prof. Perlsa i Dra Salomona w Berlinie, którzy stanowczo przy wykonaniu sekcyi się zarazili.

[1]) Ten sposób obliczania procentu chorobliwości jest co najmniéj niedokładnym. Już przed kilkudziesięciu laty zwracali zawodowi statystycy na to uwagę, iż jak w tym przypadku, z liczby 20 żadną miarą o odsetku sądzić nie należy. Liczba ta jest zbyt skromną, iżby uprawniała do obliczeń „na 100.“

tylko w 7 mógł stanowczo wykazać, że śledziona nie jest powiększoną, co do reszty nie wiemy nic o zachowaniu się śledziony.

Powyższych 7 przypadków dotyczy przeważnie indywiduów starszych przy miernie długiém trwaniu choroby (min. 4 dni, max. 8 dni). Płeć nie odgrywa roli. Ciepłota nie ściśle podana.—Co do rozpostarcia sprawy zapalnéj w płucach to zazwyczaj tylko jedno płuco było zajęte, tylko w jednym przypadku dotyczyło obu płuc. Szczyty płuc, jak to z historyi chorób widać, tylko u umniejszéj połowy chorych były zajęte.

Żółtaczkę zauważył autor w pięciu przypadkach. Do wytłumaczenia tych szczegółów ani przebieg choroby, ani jakieś inne właściwości, zdaniem autora, nie dają podstawy. Jeszcze na jeden szczegół wypada w téj epidemii zwrócić uwagę, mianowicie na nadmiernie przewlekającą się rekonwalescencyję.

Braki w powyższéj pracy usprawiedliwia B. nader niekorzystnemi warunkami, w jakich lekarz na wsi się znachodzi. Jako przyczynek do nauki nowszéj o zapaleniu płuc ma jednakowoż i swoje strony dodatnie. *Dr. Pisek.*

James Ross: **Afazyja amnestyczna w skutek obrażenia głowy.**

Wilhelm Abson, lat 44 liczący, dn. 21 września r. b. spadł z dachu omnibusowego twarzą naprzód, a przeniesiony zaraz do oddziału chirurgicznego prof. Lunda w Manchesterze z objawami wstrząśnienia mózgowego okazywał wynaczynionki podspojówkowe na oku prawém i dwa otarcia powierzchowne na głowie po stronie prawéj; mocz c. g. 1030 nie zawierał białka, ale za to znaczną ilość cukru. Przez dni kilka chory pozostawał w stanie nawpół bezprzytomnym, powoli jednak odzyskiwał samowiedzę, a na wszelakie pytania odpowiadał zawsze jednemi i temi samemi wyrazami: „two“ i „tooth“ (dwa, ząb). W 7 dni po doznaném obrażeniu Dr. Ross rozpoznał u chorego afazyję; chory rozumiał wszystko i czynił, co mu polecono, jednak mowa jego była całkiem niezrozumiałą, również czytał niezrozumiale ustępy z biblii, a na zlecenie, aby podpisał swoje imię i nazwisko chwycił za pióro, na głos wymówił każdą literę, jednak to, co napisał, nietylko nie licowało z tém, co wymówił był, ale było nadto niezrozumiałem; opiewało bowiem: „Wuagageag Abreaghrer.“ Gdy mu kazano liczyć, zaczynał każdym razem od jednostki, umiał wprawdzie podać, że dwa razy dwa czynią cztery, ale 4 i 5 czyniły według niego 35. Nie zdobywał się następnie na należyte oznaczenie przedmiotów; pióro (pen) nazywał „tooth“, krzesło (chair) „book“ itd. Ilość cukru w moczu znacznie zmniejszona. Od dnia 1 października wyzdrowienie postępowało, a poprawa rozpoczęła się od zdolności dokładnego wymawiania wyrazów jednozgłoskowych, podczas gdy dwu- i więcéj zgłoskowe były jeszcze całkiem niezrozumiałemi; zachodziła także jeszcze trudność w wymawianiu rzeczowników; tak np. na pytanie, co to za przedmiot, gdy pokazano pióro, odrzekł: „to służy do pisania“, a biorąc pióro do ręki maczał je w atramencie, celem demonstrowania, do czego ono służy; gdy mu pokazano klucz, wziął go do ręki, kręcił nim i mówił raz: „open“ (otwarte), a drugi raz „close“ (zamknięte). We 2 dni późniéj już napisał dokładnie imię i nazwisko swoje oraz adres. D. 12 października wypuszczony został na własne żądanie, jakkolwiek zapominał jeszcze nazwisk niektórych przedmiotów.

W tym przypadku bezpośrednio obrażoną została okolica szwu czołowo-ciemieniowego prawego, sądząc po śladach obrażenia, a wstrząśnienie udzielić się musiało zwojom czołowym lewym. (*The Lancet*, 1881, z d. 26 listopada).

*L. Blumenstok.*

Wiadomosci pomniejsze.

(L. B.) Na posiedzeniu Tow. lekarskiego wiedeńskiego z d. 25 listopada Dr. Zillner, asystent przy katedrze medycyny sądowéj, zdał sprawę z rzadkiego przypadku, w którym człowiek po **ranie kłótéj zadanéj w aortę żył jeszcze dni 16.** W stanie pijanym ukłóty w okolicę podobojczykową prawą mężczyzna przeniesiony został zaraz na jeden z oddziałów chirurgicznych szpitala powszechnego. Następnego dnia gorączka i objawy zapal. płuc; we dwa dni późniéj gorączka ustąpiła, wtedy podejrzywano tętniak międzywarstwowy. Przy sekcyi rana zewnętrzna (spojona 2ma szwami) oraz rana w m. piersiowym okazały się całkiem zagojonemi, w 2gim przestworze międzyżebrowym mała szczelina; zapalenie osierdzia było przyczyną śmierci. W ścianie aorty nad łukiem szczelina poprzeczna 4mm. długa. Że po zranieniu aorty nie nastąpił krwotok śmiertelny, tłumaczy się małością rany (choć znane są przypadki, w których ukłócie szpilką wystarczyło do wywołania takiego krwotoku), następnie znaczném miażdżycowém zwyrodnieniem aorty, przez co odciąganie się brzegów rany było niemożebném, wreszcie możebném przesunięciem się osierdzia, przez co szczelina natychmiast zatkaną została; nadto i płuco prawe zlepione było z aortą za pomocą błony rzekoméj. Znany jest w literaturze przypadek, w którym żołnierz żył po zranieniu aorty przez 2 lata; umarł on z zapalenia płuc, a rana zamknięta była skrzepem. (*W. m. Presse*, 1881, Nr. 48).

(L. B.) Brown-Séquard: **O stężeniu pośmiertném:** Na posiedzeniu tow. bijologicznego w Paryżu, odbytém w d. 19 listopada rb. B. mówił o doświadczeniach, czynionych w celu wytłumaczenia ogólnego stężenia, które się spostrzega u ludzi i zwierząt, ginących nagle. Stężenie to nie zależy ani od mózgowia, ani rdzenia, ani od pni nerwowych; przyczyną jego jest uraz, działający zrazu obwodowo. W ten sposób wyjaśnia się stężenie ogólne, spostrzegane przez Malasseza u żołnierzy, a którzy po śmierci pozostali w postawie, w jakiéj śmierć ich zaskoczyła. Malassez stwierdza, że takie przypadki widział pod Beaumont, Regnard zaś u górników, zmarłych skutkiem wybuchu gazów; wreszcie Dastres przypomina, że w Ameryce ogłoszono liczne podobne przypadki. (*Gazette des Hôp.* 1881, Nr. 134) (O ile nam wiadomo, w Ameryce tylko Brinton podobny przypadek ogłosił; natomiast opisali je Chenu i Rossbach w wojnie francusko-niemieckiéj, daléj pisali w tym przedmiocie Maschka, Hofmann, Falk, Kussmaul, a myśmy już kilkakrotnie w *Przeglądzie Lek.* zdawali sprawę z prac o stężeniu, które Dubois-Reymond nazywa „katateptyczném“. Wątpimy, ażali tłumaczenie Brown-Séquarda wyjaśnia sprawę, dotąd zagadkową. *Sprawzd.).*

## IV. Sekcyja okulistyczna międzynarodowego Zjazdu w Londynie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

Na posiedzeniu 4tém, w dniu 8 sierpnia, Weber z Darmstadu mówił o zmianach chorobowych poprzedzających jaskrę. Pomiędzy zmianami, poprzedzającemi jaskrę, wymienić należy przedewszystkiém zaburzenia w krą-

żeniu ogólném, które sprowadzają zwichnięcie równowagi pomiędzy ciśnieniem tętniczém i żylném. Cierpienia całego układu nerwowego przyczyniają się do sprowadzenia jaskry tylko wtedy, jeżeli są przyczyną zaburzeń w krążeniu. Tak samo zasługują na uwagę zmiany chorobowe tkanin, a w szczególności ścian naczyń, właściwe wiekowi podeszłemu, tylko o tyle, o ile wywołują zaburzenia w krążeniu krwi. Gdy regulowanie czynności krążenia i odżywienia oka zawisło od jego szczegółowéj budowy anatomicznéj, stany ogólne, wymienione powyżéj, wywierać téż mogą swój wpływ na wywołanie jaskry tylko wtenczas, gdy naruszają ten mechanizm regulujący oko. Miejscowe zaburzenia w krążeniu, w czynności nerwów i tkanin w ten tylko sposób przyczynić się mogą do wystąpienia choroby. Regularne odbywanie się czynności odżywczych w oku zawisło od stosunku między ciśnieniem cieczy przesączanych z tkanin a ciśnieniem krwi w naczyniach wydzielających. Trwałe podwyższenie ucisku śródocznego, takie jakie napotykamy w jaskrze, tłumaczy się tylko niestosunkiem między przypływem i odpływem cieczy przesączanych. Ciecze te przechodzą przez liczne sączki, z których jedne mają postać sieci, inne zaś utworzone są przez błony szkliste. Przechodzą zaś te ciecze z ciałka szklanego do komórki tylnéj, a ztamtąd przez źrenicę do przodkowéj, z któréj dostają się przez kąt obwodowy na zewnątrz i w kilku kierunkach na powierzchnię gałki ocznéj. Wszelkiego rodzaju ścieśnienie lub zatkanie któregokolwiek miejsca tych dróg pociąga za sobą zastój cieczy w częściach daléj ku tyłowi położonych. W ten sposób przychodzi do skutku pierwsza przyczyna wywołująca jaskrę, bo zniszczony zostaje regulator ucisku śródocznego. Ażeby jednak stan taki mógł się wytworzyć, potrzeba według prawideł hydrostatycznych jeszcze drugiéj ujemnéj przyczyny, potrzeba żeby reakcyja, którą wywołuje podwyższenie ciśnienia cieczy śródocznych na naczynia wydzielające, nie przyszła do skutku, tj. żeby ciśnienie wewnątrz i zewnątrz naczyń nie mogło się zrównoważyć. Otóż niezbite doświadczenia nad przesączaniem dowodzą, że przenikliwości przegrody z błony zwierzęcéj nie reguluje niższy lub wyższy stopień ciśnienia, lecz że ona zawisła wyłącznie od różnicy ciśnienia na zewnętrzną i wewnętrzną powierzchnię błony. Jeżeli różnica ciśnienia zmniejsza się, wzmaga się przenikliwość, a z nią razem wzmaga się ilość i gęstość przesączyny; jeżeli przeciwnie wzmaga się różnica ciśnienia na obie powierzchnie błony, to zmniejsza się gęstość i ilość przesączyny, a to tém bardziéj im większą staje się różnica. Wynika z tego jasno, że w razie wzmagania się ciśnienia cieczy ocznych wzmaga się przesączanie z naczyń do wnętrza oka w stosunku coraz wzrastającym, dopóki nie wyrówna się ciśnienie na obie powierzchnie błony. Takie wyrównanie atoli nastąpić może dopiero przy ciśnieniu odpowiadającém parciu krwi w tętnicy ocznéj i jéj rozgałęzieniach, w miarę bowiem jak ciśnienie w naczyniach wydzielających i w cieczach ocznych blizkie jest wyrównania zmniejsza się ilość cieczy przesączanych z naczyń ugniecionych pomiędzy twardówką a ciałkiem szklaném. Takiego jednak wyrównania, ucisku nie spostrzegamy w żadnym okresie jaskry. Jeżeli za przyczynę jakiegoś zjawiska uważamy wydarzenie poprzedzające to zjawisko stale i koniecznie, to odnośnie do jaskry za taką przyczynę poczytać możemy tylko ciągle wzmagające się ścieśnianie odpływów cieczy śródocznych. Wszystkie inne wydarzenia poprzedzające jaskrę nie mogą jéj wywołać ani pojedyńczo ani razem wzięte, podczas gdy ta przyczyna sama przez się jest dostateczną i wywołuje jaskrę nieodmiennie, byle jéj inne przeciwne warunki w tém nie przeszkodziły.

Kliniczne odmiany jaskry zawisły od miejsca, w którém odpływy cieczy śródocznych doznają ścieśnienia lub zatkania. Rodzaj jaskry—pierwotna lub następcza — zależy od sposobu, w jaki te zmiany się dokonywają. Przyroda zapalna lub niezapalna zawisła od oddziaływania sprawy chorobowéj na krążenie w naczyniach wydzielających; przebieg zaś powolny, ostry lub piorunujący, od rozległości ścieśnienia lub zatkania odpływów.

Laqueur mówił o zmianie refrakcyi w przebiegu jaskry. Rozpowszechnione jest mniemanie, że nadmiarowość napotykana tak często w jaskrze zawisła od przypłaszczenia rogówki z powodu podwyższenia ucisku śródocznego. L. tymczasem utrzymuje, że *a)* refrakcyja nie zmniejsza się w jaskrze, *b)* że nadmiarowość już przedtém istnieje i do jaskry usposabia, *c)* udowodnił on, że irydektomija wywołuje w jaskrze stale trwałe zwiększenie refrakcyi we wszystkich południkach, a to zapewne skutkiem zmiany krzywizny przodkowéj powierzchni soczewki, podczas gdy taka zmiana w innych przypadkach nie ma miejsca. To podwyższenie refrakcyi wynosiło w 12 przypadkach między 0·75 D aż do 4 D., a było najznaczniejsze w przypadkach jaskry zapalnéj u osób starszych.—Priestley-Smith podaje krótkie streszczenie swojéj teoryi jaskry, upatrującéj jéj przyczynę w ścieśnieniu przestworu okołosoczewkowego i następczém zwiększeniu parcia w ciałku szklaném. Na dowód przytacza wynik badania całego szeregu soczewek ludzi dorosłych, które wykazało, że tak ciężar jak i objętość soczewki wzmaga się z wiekiem, a następnie okazuje dwa preparaty świeżéj jaskry zapalnéj, w których brzeg soczewki ugniata obrzmiałe wyrostki rzęskowe i skutkiem tego zatyka kąt tęczówkowy.

(Dokończenie nastąpi).

## Ze Zjazdu Salcburskiego Przyrodników i Lekarzy odbytego w r. 1881.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 47).

Prof. Demme z Berna radzi, aby w obradach nierozróżniano dławca od błonicy, a co się tyczy stósowania kąpieli parowych, to jego zdaniem na początku cierpienia, kiedy tkaniny jeszcze należytą posiadają odporność, mogą one być bardzo przydatne, atoli jeżli obok tego cierpią nerki, to ich użycie z pewnością byłoby szkodliwe, gdyż kąpiele parowe podwyższają ciśnienie krwi, podobnie jak to czyni chlorek pilokarpinu; byłby również za tém, aby zaprowadzono po szpitalach łaźnie parowe, aby je można stósować w przerzeczonéj niemocy, wówczas dopiero będzie można orzekać, czy i w którym okresie choroby okażą się zbawiennemi. Przypomina również że na jednym ze Zjazdów Dr. Rauchfuss, dyrektor szpitala dla chorych dzieci w Petersburgu, gorąco zachwalał stósowanie pary wodnéj w dławcu krtaniowym, zamierzając tym sposobem wskroś przewilżyć błony dławcowe rzekome, tak jak się to dzieje przy użyciu chlorku pilokarpinu przez powiększone wydzielanie śliny.

Dr. Stamm widział przed kilku laty w Londynie błonicę miejscową, która wiele ofiar pochłonęła, nim używano środków zewnętrznych, gdy zaś zaczęto wdmuchiwać siarkę sproszkowaną, natenczas śmiertelność znacznie się zmniejszyła.

Dr. Förster, po ukończonym odczycie, okazał znaczną

ilość krzywizn z obserwacyi podwyższonéj ciepłoty, jaka następowała przy użyciu kąpieli parowych, przyczém dodaje, że parówka i w białkomoczu bywa zbawienną, a na zapytanie Dra Ledersra z Wiednia, czy błonicę także leczył miejscowo, odpowiada twierdząco.

Dr. Kunze z Hali mówił, że gdy błonica jest grzybicą (*mykosis*), przeto zadaniem lekarzy być powinno wytępić grzybki na miejscu; rozmaite ku temu służą środki, niektóre z nich działają sposobem żrącym, a często przez zbyteczne drażnienie sprawa chorobowa posuwa się, a dziecię umiera z dławca krtaniowego. Ku zniszczeniu nacieku, w którym się mieszczą grzybki, radzi on stósować przyparki sporządzone z mąki żytniéj w wodzie gotowane, przyparki mają być gorące i co dziesięć minut odnawiane, po dwóch najdaléj po trzech dniach masy błonicowe się oddzielają, naprężenie szyi się zmniejsza, a miejsca błonicą zajęte zwolna się oczyszczają.

Na jedném z posiedzeń sekcyi lekarskiéj prof. Störk z Wiednia, mówiąc o poczynającéj się błonicy jamy gardłowéj, radził zaraz na wstępie pomazywać pokład błonicowy dość silnie pędzelkiem twardym szczecinowym rozczynem kwasu salicylowego, aż się go nie wyskrobie jakby skrobaczką ostrą, i sądzi że tym sposobem możnaby ochronić chorego od posuwania się choroby. Projekt atoli podany nie pozyskał sobie zwolenników, i owszem w imieniu wszystkich lekarzy praktycznych sędziwy prof. Seitz z Mnichowa, zabierając głos, zastrzega się przed stósowaniem wszelkich środków mechanicznych, drażniących, a to dla tego że nie tylko nie pomagają, a często nawet szkodę zrządzają przez zadrażnienie miejsc zajętych i dotąd wolnych, tak że choroba daléj się szerzy i przenosi na okolice, w których usadowienie się choroby grozi wielkiém niebezpieczeństwem, jak np. w krtani.

Na posiedzeniu pedyjatryczném prof. Stórk pomny porażki doznanéj, wniósł, aby dyskusyję o leczeniu błonicy odroczyć, i traktować ją na osobném posiedzeniu *ad hoc* zwołać się mającém, na co się wszyscy zgodzili, nie odbyło się ono jednak późniéj, gdyż przekonano się z dotychczasowych rozpraw, że dotąd nie posiadamy leku swoistego przeciwko błonicy.

Pozwolą teraz szanowni czytelnicy, że się nieco zastanowię nad błonicą i jéj tożsamością z dławcem i nad dualizmem. Przyznaję, że mi się arcydziwném wydaje, jeśli jakby z trójnoga oświadczają, że dławiec i błonica są jedną i tą samą chorobą, gdy codzienne doświadczenie wykazuje, że nie tylko pojawy, przebieg, rokowanie, następstwa i zakończenie choroby, odróżniają jednę chorobę od drugiéj, jakkolwiek wydarzają się nieraz przypadki, co do których trudno oznaczyć, czy się ma przed sobą dławiec lub też błonicę? Czyżby nie było stósowniejszém użyć podziału co do wrzodów wenerycznych wprowadzonego, zwłaszcza że błonica ma poniekąd podobieństwo do choroby wenerycznéj, mianowicie co do cierpienia naczyń i gruczołów chłonnych, to jest aby tak jak się przypuszcza szankier miękki, twardy i mięszany, aby postanowić trzy postacie choroby: dławiec, błonicę i połączenie dławca z błonicą; ostatnia nazwa służyłaby do oznaczenia wątpliwych i niewyjaśnionych przypadków choroby. Wiadomo, i nieomal codzienném stwierdzone jest doświadczeniem, że dławiec krtani nagabuje dzieci od lat dwóch do siedmiu, najczęściéj dzieci zdrowe, dobrze żywione, wydarza się zwykle albo na wiosnę, albo w późnéj jesieni, koło Wielkiéj nocy i koło Nowego roku, w marcu i grudniu, a chociaż jednocześnie wiele wydarza się przypadków, to jednak udowodnioném nie jest, że jest zaraźliwy, jak niemniéj pewném jest, że rzekoma błona przeniesiona z chorego na zdrową osobę nie sprawia dławca. Błonica zaś pojawia się w różnych porach roku, nie tylko na wiosnę lub w późnéj jesieni; wydarza się między dziećmi, u osesków wyjątkowo się pojawia, od trzeciego roku życia częściéj, raz przebyta nie chroni od powrotu, w Niemczech zaś napastuje i dorosłych. Choroba ta jest zakaźną. Wydzielina błony śluzowéj zawiera przyrzut, który przeniesiony na zdrową osobę wywołuje błonicę; nie mało znamy przypadków, gdzie operatorowie przy wciąganiu wydzieliny z rany błonicowéj, po dokonanym rękoczynie zarazili się i z błonicy zmarli. Znam przypadek, gdzie śp. prof. Gilewski na dziewczynce jedynastoletniéj wykonał cięcie tchawicy z powodu cieśni krtaniowéj wywołanéj gardłową błonicą, a uczniowie wydziału lekarskiego, którzy po dokonanym rękoczynie obserwowali chorą i zajmowali się wydobywaniem i oczyszczaniem cewki krtaniowéj zachorowali na dość znaczną błonicę dziąseł, z któréj jednak szczęśliwie wybrnęli, operowana zaś w 13 dni po dokonanym rękoczynie zmarła z błonicy saméjże rany. Pominąwszy już grzyby, o których dotąd nie wiemy czy są przyczyną lub skutkiem choroby, jeszcze ważniejsze są następstwa błonicy, których po uleczonym dławcu nigdy nie spostrzegano. I tak w kilka tygodni po ukończonéj błonicy powstają z niewiadoméj przyczyny objawy porażenne, zajmują one rozmaite gromady mięśni, przeważnie zaś mięśnie twarzowe, lecz niemniéj i odnóg, pęcherza i kiszki odbytowéj. Wydarzają się wszystkie przejścia od niedowładu aż do zupełnego porażenia, porażenie mięśni połykowych utrudnia połykanie, lecz nigdy do tego stopnia, aby odżywianie ustroju miało przez to cierpieć, mowa staje się nosową, gęgającą; migotanie, zezowatość, widzenie zdwojone skutkiem niedowładu nerwu okoruchowego, rzadziéj nerwu odwodzącego; przy porażeniu mięśni krtani głos traci zwykły dźwięk, kaszel, wykrztuszanie bywa trudne, porażenie odnóg sprawia niepewne ruchy a przy dłuższym w końcu niedowładzie lub porażeniu zanikają mięśnie.

Jeśli więc teraz ma być wszystko jedno, czy dławiec lub błonica, to tożsamość tych chorób sprawi zamęt w pojęciach, z którego trudno się będzie wydobyć.

(Ciąg dalszy nastąpi).

## V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 49 (od 20 do 26 listopada) podniosła się ogólna śmiertelność w Krakowie z 32,5 do 34,7. Z ospy umarło 4, (2 z. t.); z płonicy 1 (3 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z róży 1 (1 z. t.). W tygodniu 45 (do 5 listopada) ospa w Londynie zabrała wprawdzie tylko 24 ofiar, lecz w szpitalach leczyło się 489, i świeżo zapadło 95. W Wiedniu umarło 26, w Saragossie 19, w Budapeszcie 11, w Paryżu 6, w Petersburgu 4. Z końcem września panowała ospa w Madrycie, również w Lizbonie i Rzymie częste bywały w tymże miesiącu przypadki ospy, a w Chicago umarło 26, w Filadelfii 11. Z płonicy umarło w Londynie, 95, w Budapeszcie 19. Z duru osutkowego umarło w Londynie 5, w Petersburgu 8. Z czerwonki umarło w Aleksandryi 20. W Mekce umarło 24 października 7 z cholery, 25 października 13. Od 25—30 września umarło w Medynie z cholery razem 367. Cholera w Medynie rozpoczęła się 29 września pomiędzy wojskiemi i ludnością miejską. Od 1 listopada wzmogła się cholera w Mekce, kiedy umarło 48; 2 umarło 49; 3 umarło 55; 4 umarło 215; 5 umarło 214; razem 581 umarło.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 45 (do 5 listopada) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24.0; we Lwowie 27.3; w Poznaniu 22,6; w Wiedniu 24,0; w Budapeszcie 28,3; w Tryjeście 37,9; w Berlinie 23,6; w Wrocławiu 25.0; w Gdańsku 23,0; w Mnichowie 30,1; w Dreźnie 23,7; w Lipsku 23,0; w Bazylei 13.4; w Brukseli 22,3; w Amsterdamie 22.8; w Hadze 24,3; w Paryżu 23.3; w Londynie 22,4; w Kopenhadze 21,2; w Stokholmie 18,5; w Chrystyjanii 14,3; w Petersburgu 38,6; w Odesie 34,9; w Rzymie 22.5; w Bukareszcie 20,3; w Madrycie 33,6; w Barcelonie 27,5; Lizbonie 22,5; w Aleksandryi 46,4; w Nowym Yorku 33,6; w Filadelfii 24,7; w Bombaju 29,1; w Madrasie 35,7. *J. B.*

## VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 grudnia. Na posiedzeniu swém z dnia 25 listopada rb Wydział lekarski zamianował p. Józefa Patrynę, doktoranda medycyny, 1szym asystentem przy katedrze anatomii opisowéj, oraz postanowił rozpisać konkurs na posadę asystenta przy klinice chorób dziecięcych z terminem podania się aż do 13 bm.

* Dr. Rydygier w Chelmnie doniósł nam w d. 26 listopada, że chora operowana przez niego (resekcyja żołądka) 5go dnia po operacyi miała się bardzo dobrze, dostała po raz pierwszy rosołu i nie czuje żadnych dolegliwości w żywocie. Gorączka kilka razy dochodziła do 39.0°C., w d. 26 bm. była 38.4°. Przy zmianie pierwszego opatrunku rana brzuszna okazała się zagojoną *per primam*. Wycięcie uskutecznioném zostało z powodu zwężenia odźwiernika po wrzodzie żołądkowym.

* Na posiedzeniu Wydziału budżetowego Rady państwa we Wiedniu, odbytém w d. 28 listopada rb., poseł prof. E. Czerkawski uczynił następujący wniosek: „Wzywa się Rząd, aby w myśl rezolucyj Izby poselskiéj z d. 24 marca 1870, 12 maja 1879 i 22 kwietnia 1880 przystąpił do uzupełnienia uniwersytetu lwowskiego Wydziałem lekarskim i w tym celu już w preliminarzu na rok 1883 odpowiednią kwotę umieścił.“ — Minister oświaty baron Conrad zwrócił uwagę, że podobna rezolucyja w roku przeszłym odrzuconą została. Brakowi lekarzy na prowincyi nie zaradzi Wydział lekarski: złe bowiem tkwi w stosunkach ekonomicznych i finansowych ludności tak w Galicyi, jakoteż w innych krajach koronnych. Z tego powodu uważa Wydział lekarski w Krakowie, którego frekwencyja powiększa się a w roku bieżącym dochodzi do 130 uczniów, za dostateczny; co najwięcéj wypadałoby może przywrócić we Lwowie szkołę chirurgiczną, jako stosunkom ludności na prowincyi bardziéj odpowiadającą. W każdym razie oświadcza się przeciw terminowi w rezolucyi oznaczonemu. Rezolucyję atoli przyjęto. — Mamy więc o jednę rezolucyję uchwaloną więcéj — a za to w perspektywie — bodaj najdalszéj — sławetną szkołę chirurgów zmartwychstać mającą!

m. Z Rosyi. Drowie Nagórski i Subbotin, zamianowani zostali prywatn. docentami w wojskowo medycznéj Akademii, pierwszy do higijeny, drugi do chirurgii. Profesorem farmakologii w Dorpacie zamianowano Dra Jana Meyera ze Strasburga. „*Wracz*“ z tego względu dziwi się, dlaczego przy nominacyi pominięto docenta w tymże uniwersytecie Dra Podwysockiego, który jest znanym w literaturze z wyborowych prac na polu farmakologii. W tymże uniwersytecie rektorem obrany został Dr. Wahl, chirurg, 23 głosami, Dr. Schmidt fizyjolog otrzymał głosów 18.

* **Londyn**. Ustawa przeciw wiwisekcyjom dotkliwie czuć się dała znakomitemu fizyjologowi prof. Ferrierowi; oskarżony bowiem został o przekroczenie téj ustawy z powodu doświadczeń, które czynił na małpach na ostatnim Zjeździe międzynarodowym. Szło głównie o to, że zwierzęta nie zostały zabite przed ustaniem skutku znieczulenia, lecz przeciwnie zostały przy życiu zachowane, celem czynienia na nich dalszych spostrzeżeń. Sąd policyjny uwolnił wprawdzie badacza, ale tylko z powodu, że nie dało się wykazać, że on sam wziął udział w operacyi. Z tego powodu Towarzystwo lekarskie londyńskie uchwaliło jednomyślnie przesłać Ferrierowi razem z powinszowaniem hołd uznania jego zasług. *(The Lancet)*.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł Eugieni Boutmy, chemik sądowy, w 49 roku życia. W roku przeszłym ogłosił on razem z prof. Brouardelem rozprawę o ptomainach, z któréj niezadługo zdamy sprawę.

W Bonnie zmarł d. 24 listopada prof. Wilhelm Busch w 55 roku życia, odznaczony niedawno przez Cesarza niem. za operacyję pomyślnie wykonaną na Cesarzowéj Auguście. Prof. Busch urodził się w Marburgu dnia 5 stycznia 1826 r., był asystentem Jana Müllera i Langenbecka, od r. 1855 profesorem w Bonnie, brał udział we wszystkich wojnach pruskich; znane są prace jego o przepuklinach i ranach postrzałowych oraz podręcznik chirurgii.

Tegoż dnia umarł w Brzeżanach Dr. Henryk Rasp, lekarz pułkowy, w 40 roku życia po długiéj i ciężkiéj chorobie. Zmarły był wychowańcem Uniw. Jagiell. i członkiem naszego Tow. lekarskiego. Był to kolega zacny i pracowity.

**Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 48: Kosińskiego: Wewnętrzne nacięcie cewki moczowéj; Kramsztyka: Zapalenie oczów pryszczykowe (dok.); Szwajcera: Spostrzeżenie nad przebiegiem epid. gorączki powrotnéi w szpit. starozakonnych w Warszawie (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 48: Rogowicza: O dokonywaniu rozwiązania drogą naturalną, zamiast cięcia cesarskiego, po śmierci lub podczas konania ciężarnéj (c. d.)

**Redakcyja** otrzymała:

Dra OLPIŃSKIEGO: Zbiór ustaw i rozporządzeń zdrowotnych Tom I i II, Tarnopol 1881, in 8vo str. 410. (Dwa te tomy mieszczą w sobie przepisy ogłoszone od r. 1705—1850, i od r. 1850—1870, i tak jak poprzednie są dedykowane protomedykowi Biesiadeckiemu. Tym sposobem wydawca dotrzymał swego przyrzeczenia i w krótkim względnie czasie ukazał się zbiór kompletny ustawodawstwa sanitarnego austryjackiego w języku polskim. Wydawcy należy się uznanie, ponieważ odtąd lekarze polscy nie potrzebują szukać po zbiorach niemieckich, mając wszystkie przepisy zebrane i zestawione chronologicznie w języku polskim).

Dr. J. SZPILMAN: Spostrzeżenia dotyczące działania atropiny. (Osobne odbicie z „Gazety Lekarskiéj“ 1881) in 8vo str. 8.

Dr. H. KOWALSKI. O podbiegnięciach krwi, ze stanowiska sądowo-lekarskiego, Tarnów, nakładem autora 1881, in 8vo str. 43.

Dr. J. MIKULICZ: O użyciu jodoformu w leczeniu ran, Kraków 1881. (Osobne odbicie z Przegl. Lek.) in 8vo str. 48.

**Towarzystwo lek. krak.** odbędzie we środę dnia 7go bm. w sali Akademii posiedzenie zwyczajne, na którém po zapowiedzianym już odczycie kol. prof. Browicza mówić będzie kol. doc. Mars o kleszczach Tarniera.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.